
Efecto de la Estructura Bidimensional del Afecto en el Abandono del Tratamiento en el Trastorno Límite de Personalidad

Effect of Core Affect bidimensional structure on treatment abandonment in borderline personality disorder

Autoría: Denis Gil Vega

Tutor Académico: José Miguel Rodríguez Molina | Tutor profesional: José Manuel Ramos

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso 2018/19

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen. *Objetivo:* estudiar el impacto del balance y activación del afecto/emoción en el cumplimiento del tratamiento en casos TLP en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital R. Lafora de Madrid. *Método:* se ha contado con los datos de 219 usuarios de la Unidad, que han rellenado la escala PANAS de evaluación de las dos dimensiones del afecto cada noche de tratamiento, llevándose a cabo un análisis de supervivencia. De estos 219 usuarios, 114 (un 47%) abandonaron prematuramente el tratamiento. *Resultados:* el abandono es más frecuente en los primeros 90 días de tratamiento (de los 180 máximos). No se encontraron diferencias significativas según el sexo ni la edad. De las covariables de la estructura del afecto, un balance más positivo conlleva una menor probabilidad de abandono, este efecto está moderado por la desviación típica del balance: a mayor variabilidad en el balance, mayor es la relación balance-abandono como factor protector. Sin embargo estas covariables no permiten predecir en el primer mes qué usuarios van a abandonar y cuáles van a finalizar el tratamiento. *Conclusiones:* aunque no puede ser utilizado como predictor, un balance positivo y con variabilidad es un factor que influye favorablemente en el cumplimiento del tratamiento, que debe ser explicado con modelos que incluyan más variables relevantes. No se descarta que este efecto sea producto de la mejoría en el tratamiento. Estos resultados corroboran trabajos anteriores sobre la relevancia de la regulación emocional en el TLP.

Palabras clave: *Trastorno límite de personalidad, cumplimiento terapéutico, estructura bidimensional del afecto, autorregulación emocional.*

Grado de participación: colaboración en el diseño de la investigación y elaboración del fichero de datos, realización del análisis estadístico, interpretación del análisis estadístico, elaboración de conclusiones y redacción del trabajo.

Modalidad 3. Investigación aplicada

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Abstract. *Aim:* to study the effect of the bidimensional structure of the core affect (emotional balance and emotional arousal) in the accomplishment or abandonment of the treatment for BPD at the R. Lafora Hospital Personality Disorder Unit in Madrid. *Methods:* the data of 219 users of the PDU was used for this study. They filled the PANAS scale of emotional balance and arousal every treatment night and a survival analysis was carried out. Out of these 219 participants, 114 (47%) abandoned the treatment prematurely. *Results:* abandonment is more frequent throughout the first 90 days (being 180 the maximum days of treatment). No significant differences were found by the participants' sex or age. In regards to the covariates in the structure of the core affect: a more positive emotional balance means a lower abandonment risk. This effect is moderated by the emotional balance's typical deviation: the greater the variability in the balance, the greater the relationship between balance and abandonment as a protective factor is. In spite of these results, the PANAS outcome the first month of treatment cannot predict which patients will abandon the treatment, and which won't. *Conclusion:* even if a positive and variable balance can't be used as a predictor, it's a significant factor in treatment compliance, which should incorporate more relevant variables. It is also possible that this effect could be a result of treatment improvement. These results corroborate prior works about the importance of emotional regulation in BPD

Keywords: *Borderline personality disorder, therapeutic compliance, bidimensional structure of core-affect, emotion regulation.*

Índice	
Marco teórico	5
1. La importancia del cumplimiento y adherencia al tratamiento	5
2. El componente emocional en los trastornos de personalidad y, en especial, el trastorno límite de personalidad	7
3. Teoría bidimensional de la estructura del afecto	12
4. Objetivos e hipótesis de trabajo	13
Metodología	15
1. Procedimiento	15
2. Diseño	16
3. Participantes	17
3.1. Problema de representación	17
3.2. Muestra final	18
4. Instrumentos	19
5. Variables	20
Resultados	21
1. Análisis descriptivo	21
2. Análisis de Supervivencia	22
2.1. Tabla de mortalidad por meses	23
2.2. Curva de Supervivencia	24
2.2.1. Comparación de tiempos de espera por sexo.	25
2.2.2. Comparación de tiempos de espera por edad.	26
2.3. Regresión de Cox	27
2.3.1. Modelo nulo.	28
2.3.2. Modelo propuesto.	28
2.3.3. Impacto según el momento temporal.	29
Discusión	31
Conclusiones	38
Firma del trabajo	¡Error! Marcador no definido.
Referencias	45
Anexos	47

Marco teórico

El presente trabajo surge en el contexto de prácticas externas en el Máster de Psicología General Sanitaria. Estas prácticas se llevaron a cabo en la Unidad de Trastornos de la Personalidad I (UTP) del Hospital Psiquiátrico R. Lafora. Esta Unidad funciona como una comunidad terapéutica en contexto hospitalario para casos graves de trastornos de la personalidad que no se hayan beneficiado de otros recursos del sistema de salud público y que se derivan a la unidad para una estancia de 6 meses en un contexto terapéutico. La Unidad se organiza en un entorno de convivencia de hasta 16 pacientes simultáneamente, con un equipo multidisciplinar de profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, etc.

1. La importancia del cumplimiento y adherencia al tratamiento

A la hora de abordar un problema de salud, sea mental o física, una de las primeras preocupaciones de los profesionales que lo atienden es buscar los tratamientos más eficaces para conseguir la mayor mejoría posible. Fue por esta búsqueda de tratamientos eficaces que a finales del siglo pasado se comenzaron los estudios para el desarrollo de terapias basadas en la evidencia y la investigación en los factores comunes terapéuticos. Los primeros buscaban crear un corpus de conocimiento científico para garantizar qué terapias aplicar ante qué pacientes y qué psicopatologías para conseguir los mejores resultados. Los segundos surgieron ante el llamado "Efecto Dodo" por el cual muchas terapias diferentes parecían ser eficaces, lo que hacía sospechar que debía haber elementos comunes a diferentes tratamientos que hacían que fuesen eficaces.

Uno de los estudios más conocidos en esta segunda línea de investigación fueron los de Lambert, que en 1992 expuso que un 30% del éxito terapéutico se debía a factores comunes, un 40% a factores del cliente (incluyendo factores extraterapéuticos) y que las técnicas específicas de una terapia u otra explican el 15% del cambio. En estos factores comunes señaló como determinante la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. Este parece un hallazgo razonable: un tratamiento que no se sigue adecuadamente no se lleva a cabo de forma completa, por tanto su resultado se verá disminuido. La investigación en la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente tiene como objetivo aumentar esa adherencia precisamente.

Al respecto de la adherencia tenemos que diferenciar los conceptos de cumplimiento terapéutico y adherencia terapéutica. Haynes (1979, citado en Betancurt y Pedraza, 2009) define cumplimiento terapéutico como la medida en la que la conducta del paciente

coincide con la prescripción médica. En cambio la adherencia va un poco más allá y la comprendemos como la aceptación del paciente del consejo médico, implicándose activa y voluntariamente en un curso de comportamiento fruto de un acuerdo mutuo para obtener el resultado terapéutico deseado (Di Matteo y Di Nicola, 1982; citado en Betancurt y Pedraza, 2009). En los casos en los que hay adherencia el cumplimiento se dará con mayor interés, mientras que los casos de cumplimiento sin una verdadera adherencia el riesgo de incumplimiento del tratamiento será mayor, ya sea por abandono de una medicación, cambio en los regímenes de tomas, desobediencia de ciertos consejos, etc.

La escuela canadiense identificó como factores que incluyen en el cumplimiento el diagnóstico correcto, que la enfermedad no sea considerada como trivial por el paciente, la prescripción de un tratamiento eficaz, que el paciente haya sido informado y la aceptación de este tratamiento por el paciente. Favorece estos factores el enfoque de relación médico-paciente debatible, donde el paciente participa en la elección de su tratamiento; frente a la ética prescriptiva donde el médico, como experto, decide el tratamiento que el paciente debía cumplir, esté éste de acuerdo o no. La ética debatible implica una relación de negociación donde el profesional es experto e involucra al paciente como única persona que puede decidir si cumplir un tratamiento o no. Esto es razonable ya que, por mucho que el profesional imponga su criterio, si el paciente no lo acepta no lo seguirá. Implica valorar ventajas y desventajas del tratamiento y su efecto individual sobre la persona concreta que va a recibirlo, atendiendo a qué factores van a mejorar o empeorar las probabilidades de cumplimiento para cada paciente individualmente.

Bajo este enfoque el tratamiento que se ofrece la Unidad donde se ha desarrollado este trabajo, es voluntario. Este requisito indispensable pretende la aceptación del paciente para aumentar su adherencia y por tanto su cumplimiento y así el éxito del tratamiento.

Esta se va a contrastar mayormente con la vivencia emocional del paciente de su día a día en la Unidad y su propio tratamiento. Su procesamiento emocional puede influir en su relación con compañeros y profesionales, con sus expectativas, el concepto de enfermedad (distorsionado por ejemplo según se vean o no desbordados por la emoción) y por tanto puede influir en la adherencia debilitándola o fortaleciéndola y en el cumplimiento. En este trabajo vamos a valorar el cumplimiento objetivable en su forma más reduccionista: trabajaremos sobre el abandono del tratamiento por alta voluntaria antes de la finalización prevista o no del tratamiento. Pero hemos de tener en cuenta que aunque la medida sea sobre el cumplimiento, es muy posible que sus resultados puedan

influir más allá por la propia vinculación entre el cumplimiento y la adherencia y por la mayor carga de factores psicológicos en la adherencia.

Esta concepción se ve corroborada por Greenberg (2002) que señala la emoción como un factor fundamental en cualquier proceso terapéutico y de cambio.

2. El componente emocional en los trastornos de personalidad y, en especial, el trastorno límite de personalidad

A la hora de trabajar sobre trastornos de personalidad, y siendo necesario lógicamente en primer lugar establecer qué son dichos trastornos de personalidad, resulta evidente acudir en primer lugar a la definición del DSM-V de este grupo de patologías. El manual los describe como patrones de comportamiento desadaptativos para el individuo a nivel tanto cognitivo, como afectivo y relacional, siendo un factor clave que estos patrones sean estables y de larga duración, habiéndose iniciado la mayoría en la adolescencia. Aparentemente esta descripción general es justificada ya que encaja con la descripción general de personalidad como el conjunto estable de comportamientos, pensamientos y sentimientos que pueden variar puntualmente pero se mantienen estables a lo largo de la vida de un individuo y las diferentes situaciones a las que se enfrente. El DSM-V establece a continuación diferencia entre los diferentes trastornos de personalidad en función de qué comportamientos desadaptativos muestra cada uno.

Sin embargo hay hasta 246 posibles formas de combinar cinco criterios diagnósticos de los nueve posibles que el DSM señala para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite. Esto significa que los manuales de diagnóstico, tanto DSM como CIE, actualmente son un compendio de síntomas que pueden darse de forma común en pacientes con patologías distintas, más que una descripción exacta. Esta lista de síntomas se basa además en conductas en vez de en los procesos subyacentes que las propician. Un paciente límite, o TLP, puede o no tener conductas autolesivas, pero la gran mayoría sí manifestaran estrategias desadaptativas para regularse emocionalmente, entre las cuales puede estar (o no) la autolesión.

Las críticas que han recibido los manuales diagnósticos en los últimos tiempos a raíz de esta cuestión son múltiples. La descripción de patologías en base a listas de síntomas de los cuales el paciente tiene que presentar una cantidad variable (comúnmente cinco de nueve) hace que dos individuos con el mismo problema muestren conductas muy diferentes y dos individuos con patologías diferentes puedan tener conductas comunes. Esto lleva a casos de comorbilidad que la perspectiva transdiagnóstica explica en base a

procesos afectados. El hecho de que diagnósticos y tratamientos se solapen es porque realmente toman en consideración los procesos subyacentes a las conductas patológicas. En el caso del paciente TLP con o sin autolesiones, se abordarían las estrategias desadaptativas de autorregulación y no únicamente la autolesión.

En los casos de trastornos de la personalidad esta perspectiva parece tener especial sentido: otros problemas psicológicos pueden ser episodios concretos, en unas circunstancias, en un momento de la vida del paciente, donde en efecto despliega unas conductas desadaptativas; pero en el caso de los trastornos de personalidad hay un patrón mayormente estable que tiene sentido que sea explicado por unos procesos alterados. Comprender no solo la sintomatología conductual sino los procesos permite comprender mejor el trastorno y actuar no solo conteniendo el síntoma, si no mejorando las formas de abordaje y procesamiento que originan dichos síntomas.

Si pudiésemos evitar por completo las estrategias desadaptativas conductuales pero estas tienen su origen en una desregulación emocional, que puede continuar existiendo para la persona y originando sufrimiento, aunque su conducta esté controlada y sea aparentemente adaptativa el problema psicológico no estaría completamente solucionado. Incluso cuando no genera otros síntomas conductuales apreciables desde el exterior si el proceso continúa, origina sufrimiento psicológico y, por tanto, merece ser atendido desde las profesiones de la salud mental.

Entre los trastornos de la personalidad el que más atención ha suscitado ha sido el trastorno límite de personalidad (también encontrado a veces como trastorno borderline). Por su gravedad es el de mayor prevalencia en la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) ya que este es un recurso de superespecialización al que derivar casos resistentes a otros tratamientos previos.

Al abordar el trastorno límite más allá de las conductas y síntomas, Linehan en 1993 identifica como factores fundamentales la vulnerabilidad emocional y la desregulación. En su modelo propone que una crianza o crecimiento en un entorno emocionalmente invalidante supone un factor de riesgo y conceptualiza el TLP como un problema biopsicosocial de desregulación emocional. Señala como características de estas personas una alta sensibilidad al estímulo, una alta intensidad emocional y un lento retorno a la línea base. Por tanto estos individuos reaccionarán emocionalmente ante una vivencia de forma más rápida e intensa que una persona sin esta patología y además tardará más en volver a la normalidad.

El modelo de Young mantiene esta misma teoría de génesis de la patología, proponiendo que entornos desadaptativos aumentan el riesgo de desarrollar esquemas tempranos desadaptativos para relacionarse con el mundo interno y externo, entre los que se incluyen la deprivación emocional, el miedo a perder el control emocional, el abandono o la dependencia.

Actualmente el modelo de Linehan es uno de los más aceptados y la dificultad emocional de las personas con TLP ha sido ampliamente estudiada en las últimas décadas: muestran menores niveles de conciencia emocional, menor acierto en el reconocimiento facial de emociones, menor capacidad para gestionar emociones de valencia mixta, mayor intensidad en las emociones negativas y dificultades en la integración de emociones y sus representaciones mentales, tanto de las de sí mismos como las de otros; de forma que el proceso de autorregulación emocional es obstaculizado y se recurre a estrategias de escape, incluidas estrategias autodestructivas (Kernberg, 1975 y Linehan y Heard, 1992, citados en Conklin, Bradley y Western, 2006).

A nivel neuropsicológico también se han encontrado diferencias en los procesos emocionales: Hazlett et al. (2007) hallaron diferencias en la reacción emocional ante palabras de contenido emocional desagradable (siendo mayor en pacientes con TLP). Además la diferencia se acentuaba cuando se introducía un componente cognitivo en forma de autoinstrucciones (por ejemplo "piensa qué significa la palabra para ti"), lo cual indica el papel de la cognición y la interpretación de vivencias para la experiencia emocional en estos pacientes. Personas con trastorno límite muestran una hipersensibilidad, a pesar de que en los autoinformes a veces es frecuente que reflejen una hiporesponsabilidad. Esto se atribuye a una dificultad para la percepción e interpretación emocional.

Yen, Zlotnick y Costello (2002) encontraron que el componente de vulnerabilidad emocional se relaciona con la intensidad afectiva, mientras que el componente de control emocional recoge la capacidad percibida para gestionar la emoción una vez esta se origina. Por tanto el control emocional parece depender más de cómo de capacitada se vea la persona para ser capaz de gestionar sus emociones más que de su capacidad real para hacerlo. Ambas son dimensiones que se relacionan entre sí pero que funcionan de forma independiente. Estos autores también identificaron como más relevante en este trastorno la percepción de autocontrol más que la intensidad emocional, siendo más una cuestión de cómo controlar la emoción una vez que la tengo y me está desbordando, que el tenerla o no tenerla.

Estos resultados coinciden con la conceptualización de Linehan: personas TLP pueden tener una autoevaluada experiencia emocional muy intensa, lo que conlleva un gran desasosiego y sufrimiento, pero fallan a la hora de interpretar su propia vivencia emocional, su valencia e intensidad, fallando en la identificación y conciencia emocional y su autopercepción de control y, por tanto, dificultándose su autogestión.

Se pueden relacionar con el proceso emocional parte de las conductas desadaptativas que son criterios del TLP. Conklin et al. (2006) afirman que personas con trastorno límite recurren a estrategias que son desadaptativas en un intento de regular sus emociones. Estas estrategias son tanto de tipo interno como externas, de evitación y también conductas desorganizadas que resultan ser un intento desesperado de escapar del dolor mental que supone un estado emocional. Se señalan tres diferentes subgrupos de TLP (perfil internalizador desregulado, perfil externalizador desregulado, perfil histriónico-impulsivo). El equipo de Conklin identifican un factor común de emociones disfóricas y ansiosas que no son capaces de regular a los tres subtipos, dejándose llevar por estos estados emocionales. La variación entre los diferentes perfiles son las estrategias de afrontamiento: autolesiones y reacciones defensivas en el caso del perfil internalizador, atacando hacia fuera en el caso de los externalizadores, a través de la impulsividad en el caso de los histriónicos.

En esta línea también podemos considerar que la ideación suicida, las autolesiones, los encamamientos y otras conductas similares son parte de estos intentos. Brown, Comtois y Linehan (2002) indican que el alivio emocional es el primer motivo para el intento de suicidio en mujeres con trastorno límite. La autolesión es una expresión de ira, un intento de distracción, una forma de autocastigo o un intento de recuperar un estado emocional normal. Mientras los intentos de suicidio son intentos de liberar a los demás. Niedfled et al. (2010) hablan sobre la autolesión, señalándola como una forma de evitar otras emociones. Aun así tenemos que tener en cuenta que no todos los pacientes de trastorno límite se intentan suicidar, pese al peso que esta conducta tiene en el diagnóstico. La ideación suicida y las autolesiones aparecen en momentos de mucho estrés ante el fracaso de una regulación más adaptativo. Sin embargo sí parece que hay una tendencia de autoagresión a través de diferentes conductas externas o internas, especialmente en el perfil internalizador.

En resumen, junto a la desestructuración del *self*, el componente emocional es fundamental para el diagnóstico de TLP. Teniendo en cuenta la importancia que la emoción y su procesamiento tiene en su día a día y en su patología, es razonable esperar

que un tratamiento eficaz tenga efectos sobre este proceso. Un tratamiento requiere estructura y continuidad, dos requerimientos que a menudo están afectados en estas personas, que pueden verse desbordadas fácilmente y con dificultades para sobrellevar estas situaciones que pueden dispararse ante demandas cotidianas de la vida diaria como pueden ser los hitos de la vida adulta autónoma. Podemos esperar entonces que un tratamiento que requiera lo que es percibido como un esfuerzo superior al que la persona autovalora que puede hacer, sea vivido como una situación de estrés ante la cual el abandono puede funcionar como escape, siendo incluso en algunos el abandono una especie de autolesión.

Grant et al. (2008) realizaron un trabajo epidemiológico del impacto y elementos del trastorno límite de personalidad a través de más de treinta y cuatro mil entrevistas a adultos. Encontraron una prevalencia del 5,9%, sin diferencias por sexo en prevalencia pero si más casos de TLP entre población separada, divorciada o enviudada, y aquellos con menores ingresos económicos. Hallaron comorbilidad con trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, en especial en la población masculina.

Johnson et al. (2003) estudiaron la diferencia de prevalencia y sintomatología entre varones y mujeres del trastorno límite de personalidad. En su trabajo citan que el TLP se diagnostica más entre mujeres, pero que otros estudios no encuentran diferencias de prevalencia según sexo. Sí que parece haber más estudios sobre mujeres con trastorno límite de la personalidad que sobre hombres. En su trabajo encontraron que los hombres con trastorno límite tienden más al abuso de sustancias, mientras que las mujeres tienen una mayor tendencia a sintomatología de estrés post-trauma y trastornos de la conducta alimentaria. Los hombres también reunían mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad antisocial, narcisista y esquizotípica. En cuanto a la manifestación del TLP, la única diferencia se encontró en el criterio de alteración de la auto-imagen, que era más acusado en las mujeres, pero no encontraron diferencias en el funcionamiento psicosocial, variables de personalidad ni eventos traumáticos acontecidos en la infancia. Las diferencias en auto-imagen pueden explicar la mayor tendencia a trastornos de la conducta alimentaria, dado que la imagen es un elemento importante en esta otra patología, especialmente vulnerado por los mensajes que rodean a la mujer en nuestra sociedad. Pero de estos resultados no parece haber una diferencia entre sexos en el componente afectivo del TLP.

3. Teoría bidimensional de la estructura del afecto

Russell (2003) propone que el estudio de la vivencia emocional tal y como se ha planteado hasta ahora está muy influido por el lenguaje y la vivencia cotidiana, que plantea expectativas y condiciones sobre qué es y cómo funciona el estado emocional y los episodios emocionales que luego los estudios no logran reconciliar adecuadamente. En su lugar propone un nuevo enfoque: el core-affect, o estructura del afecto o afecto base según la traducción (entendiendo afecto y emoción como palabras equivalentes e intercambiables) donde los sucesos emocionales vividos se descomponen en dos dimensiones principales: la valencia emocional que es el balance positivo o negativo y la intensidad de este como la activación que produce en el individuo. Así por tanto cualquier episodio emocional puede surgir ante un evento interno (como un malestar físico) o externo (como una interacción interpersonal) y produce una cantidad de activación en el individuo con un balance positivo o negativo que lo convierte en una experiencia emocional única y concreta.

Las etiquetas descriptivas para los episodios emocionales tales como "alegría", "tristeza", "miedo", etc, son las que Russell considera que se ven influidas por el componente cultural y lingüístico del contexto del individuo, refiriendo que aunque haya algunas más universales, no siempre dos individuos van a describirlas de forma exacta e igual. Hay diferencias culturales, lingüísticas, sociales e individuales en la forma de expresar, interpretar y dar significado a las palabras que plasman una emoción. También hay un solapamiento en las expresiones faciales y conductuales para manifestar o gestionar una emoción: sin ir más lejos llorar puede ser un signo de tristeza pero también de miedo, rabia y alegría.

En su lugar Russell propone que estas etiquetas se construyen en un aprendizaje de episodios emocionales prototípicos con los que el sujeto compara el episodio emocional concreto que experimenta para darles un significado meta-emocional y ayudar a su integración. No hay conductas o situaciones que sean exclusivas y determinantes de la emoción de "miedo", si no situaciones de una valencia y una intensidad que, al contrastarlas con episodios prototípicos, calificamos como "miedo". Esto Russell lo ejemplifica refiriendo que tampoco hallamos conductas exclusivas y determinantes de "miedo" tampoco: no ante todas las situaciones que podemos interpretar como amenaza todos los individuos reaccionan igual, si no que puede huir, atacar o paralizarse dependiendo de cuánto y cómo nos afecta.

Russell argumenta que este enfoque se corresponde mucho mejor a los registros fisiológicos sobre la vivencia emocional indicando que ya Wundt en 1987 identificó las dimensiones placer-displacer (valencia emocional), tensión-relajación y calma-excitación (intensidad emocional) como las dimensiones básicas de la emoción.

El autor también expone que la vivencia emocional, aunque interna, está estrechamente ligada al mundo exterior: tendemos a sentirnos respecto a algo. Algo me enfada, amo a alguien, me asusta algo, etc. Esto es el objeto de mi emoción y puede ser tanto un objeto externo como una persona o suceso, o un objeto interno. No obstante el sujeto siempre tiene un afecto, siempre tiene un estado que puede situarse entre los ejes de valencia y activación, incluso el estado neutro o tranquilo puede ser situado en estos ejes. El afecto, por tanto, aunque puede ser afectado por objetos, es una característica del sujeto propio. Un proceso básico.

Define la regulación del afecto (o regulación emocional) como el intento de mantener o modificar el estado del afecto propio sin un objeto externo que lo modifique. Actos de autoregulación por tanto podrían ser autoinstrucciones para cambiar la valoración positiva o negativa de una situación, acciones para reducir mi activación como la relajación, pensamientos para variar la atribución de mi estado emocional a un objeto u otro, etc. Así la regulación es el intento consciente de autocontrolar el afecto.

Russell afirma que al identificar un estado emocional con una etiqueta emocional, tal como la tristeza, lo que hace el sujeto es comparar su estado interno (de valencia y activación) con el aprendizaje adquirido de situaciones prototípicas afectado por nuestras normas sociales y culturales.

Para explorar y trabajar sobre este enfoque de la emoción se han desarrollado instrumentos como la escala PANAS.

4. Objetivos e hipótesis de trabajo

Este trabajo continúa la línea abierta por Ramos, Sendra, Sánchez y Mena (2017) que aportan evidencia sobre el modelo bidimensional del afecto y su relación con los trastornos de personalidad. Establecen valencia e intensidad como dos dimensiones independientes en el proceso emocional, relacionando la valencia con la sintomatología general y la tendencia suicida, y la intensidad con el componente de impulsividad. En su trabajo encuentran un cambio clínico positivo sobre la valencia tras el tratamiento (explicando la valencia entre el 6 y 17% de la varianza total del tratamiento), pero no cambios significativos en la intensidad. En su trabajo plantean una línea futura de trabajo

sobre el proceso emocional y la permeancia en el tratamiento que es la que pretende abordar este estudio.

Se plantea como objetivo principal de este trabajo estudiar la relación entre cumplimiento terapéutico y la estructura del afecto en pacientes con trastorno de personalidad. Para ello se dispone del acceso a los datos de la UTP durante su desempeño habitual en el tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad.

Para ayudar a arrojar luz sobre esta cuestión y con los datos de los que se dispone, se establecen varias hipótesis: La primera es comprobar si hay diferencias globales o no en el afecto base entre pacientes que cumplen el tratamiento y aquellos que no lo finalizan. En segundo lugar comprobar si alguna de las variables de la estructura del afecto mostraban puede ser utilizada como factor predictivo, ya sea como componente de riesgo o de protección. En tercer lugar, comprobar si hay diferencias en la gestión emocional en diferentes momentos del tratamiento que expliquen el incumplimiento del mismo. Esta tercera hipótesis plantea la opción de utilizar los resultados del primer mes para detectar casos de riesgo, o también, si hubiese diferencias, estudiar en un futuro si sucesos ocurridos durante el tratamiento al ser mal gestionados emocionalmente pueden causar el abandono, de forma que se pueda realizar un seguimiento emocional que favorezca el cumplimiento.

Se plantean por tanto tres hipótesis nulas:

Hipótesis nula 1: No hay diferencia global en valencia o intensidad emocional entre los pacientes que cumplen el tratamiento y aquellos que abandonan.

Hipótesis nula 2: No hay diferencias en la gestión emocional que puedan usarse como predictores del abandono.

Hipótesis nula 3: No hay diferencias en la gestión emocional en los diferentes momentos del tratamiento que influyan en el abandono.

De forma sintética se pretende explorar si hay diferencias en el la estructura bidimensional del afecto general o puntual que puedan explicar el cumplimiento o no del tratamiento. Esta información puede ser útil para la labor clínica de la Unidad, y de otros dispositivos similares que trabajen con trastornos de personalidad, al identificar un posible factor de riesgo para el incumplimiento y posibilitando así una actuación preventiva al respecto. En caso de hallarse una diferencia en la estructura del afecto en general pueden identificarse los casos con un patrón afectivo de riesgo. En caso de hallarse una diferencia en el momento previo al abandono se podrá atender a los sucesos que se den durante el tratamiento para trabajar especialmente la gestión emocional de

estos sucesos y así disminuir el riesgo de que incidentes lleven al abandono del tratamiento. Hay que tener en cuenta que estos incidentes pueden ser tanto del propio tratamiento y estancia en la Unidad, como problemas fuera de la misma que requieran de una gestión emocional que los pacientes no sepan soportar y por tanto abandonen. Ejemplos de estas situaciones pueden ser: problemas con los límites y normativas de la Unidad (sería una situación directamente vinculada al tratamiento) o problemas familiares (sería una situación externa al tratamiento, que si produce un estrés demasiado elevado para que el usuario lo maneje adecuadamente puede llevar a abandonar la Unidad).

Se pretende realizar un análisis de supervivencia de los pacientes en la Unidad y su relación con la estructura bidimensional del afecto y otras variables control.

Metodología

1. Procedimiento

Para la elaboración del presente estudio se trabajó de forma retrospectiva con la población de la Unidad de Trastornos de Personalidad 1 (UTP) del Hospital Universitario R. Lafora de Madrid. Todos los usuarios de la Unidad firman un contrato terapéutico antes de ingresar en la misma. Este contrato incluye el consentimiento informado por el cual permiten o no utilizar los datos recogidos durante su tratamiento en la Unidad para fines de investigación o docentes. Se excluyen por tanto los datos de los pacientes de la Unidad que no firmasen esta sección del contrato terapéutico. Así mismo la UTP cuenta con la aprobación ética del hospital donde realiza su desempeño. El proyecto de este trabajo fue presentado al Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid previo a su realización.

El proceso de llegada de los usuarios a la UTP es mediante una propuesta de ingreso realizada por el Centro de Salud Mental de atención primaria de la persona. Estas propuestas son evaluadas por una comisión que propone los candidatos a la UTP para realizar una serie de entrevistas individuales (clínica y social) para valorar su ingreso. Es en estas entrevistas donde se informa a la persona sobre el funcionamiento de la Unidad y sus condiciones para que firme el contrato terapéutico dado que el ingreso es voluntario.

Los criterios de inclusión para el ingreso son: haber sido diagnosticado con algún trastorno de la personalidad que por su gravedad haya fracasado en otros dispositivos de salud mental públicos y que se considere que pueda beneficiarse de un tratamiento intensivo hospitalario; estar empadronado en la comunidad de Madrid; edad comprendida

entre los 18 y 65 años, y la aceptación voluntaria del ingreso y sus condiciones. Estos son los mismos criterios para el estudio junto a haber firmado el consentimiento informado para la utilización de sus datos en investigación.

Así mismo son criterios de exclusión para la asistencia a la UTP padecer retraso mental, conductas disociales de larga duración (como puede ser el trastorno antisocial de la personalidad) por dificultar el tratamiento propio y ajeno, un consumo de sustancias que impida cumplir las condiciones del tratamiento, cumplimiento de una condena o medida de seguridad que impida cumplir el tratamiento, trastorno orgánico cerebral y trastorno orgánico de la personalidad y otras enfermedades que precisen un tratamiento hospitalario. Los casos que por estos criterios no pueden realizar o continuar un tratamiento no son considerados abandono del mismo.

Son criterios de inclusión para la presente investigación que el participante haya sido usuario de la UTP hasta finalizar su tratamiento, ya sea por finalizarlo o abandonarlo voluntariamente, siempre y cuando haya firmado el consentimiento en el contrato de ingreso. No se consideran otros criterios de exclusión. Los pacientes no reciben compensación por el uso de sus datos en la investigación dado que esta no altera de modo alguno su tratamiento, y sus datos son tratados desde el comienzo de forma anónima a través de un fichero de datos sin información identificativa (ni nombre, ni dni, ni otros datos identificativos).

2. Diseño

Este trabajo sigue un diseño no-manipulativo de tipo ex-post facto retrospectivo, también llamados de casos-contrroles. En este caso consideramos casos a los participantes que han abandonado el tratamiento y controles a los participantes que lo han seguido hasta su finalización, con el objetivo de buscar variables que puedan suponer un factor de riesgo o de protección para el cumplimiento o no del tratamiento. Por tanto se trata de un diseño de 2 grupos (abandono y no abandono).

Respecto a la dimensión temporal durante la estancia en la UTP los participantes cumplimentan la Escala PANAS todas las noches, a modo de resumen y elaboración de las vivencias emocionales del día, ya que su realización es una actividad terapéutica que permite la elaboración e integración de las diferentes emociones vividas a lo largo del día. Esto da lugar a múltiples medidas que han sido refinadas a través de calcular la media y desviación típica en múltiples momentos: el total de su ingreso, el primer mes, y el último mes de su estancia en la Unidad.

El carácter retrospectivo lo otorga el contemplar los datos una vez ha finalizado el tratamiento, ya sea por un alta prematura voluntaria o por haberlo completado. En este diseño se seleccionan los participantes en función del resultado de la variable dependiente y se buscan las posibles causas de este desenlace en las variables independientes.

Por tanto el diseño es un ex-post facto retrospectivo de 2 grupos x 3 medidas.

3. Participantes

3.1. Problema de representación

Al comienzo del estudio se contó con los datos de 378 pacientes que han finalizado su tratamiento en la UTP.

El diagnóstico más frecuente en la unidad el Trastorno Límite de Personalidad, con una prevalencia del 57% (219 participantes), seguido del TPSE que supone un 19% de la muestra (72) y el Trastorno Mixto que es el 17% (63 participantes). El resto de diagnósticos iniciales son marginales (1 esquizoide, 2 dependientes y 3 histriónicos).

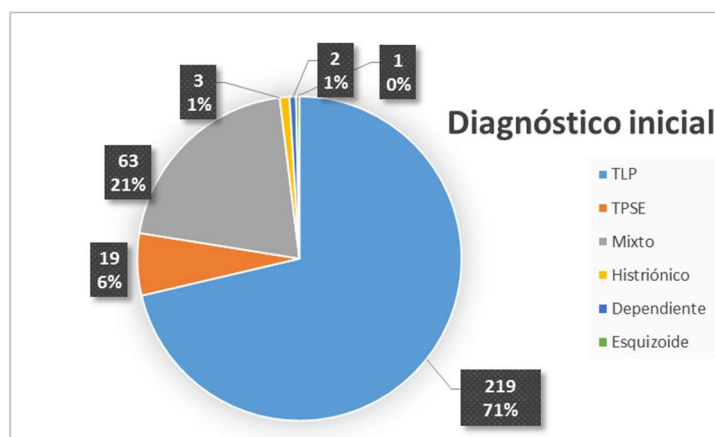


Figura 1. Distribución de la muestra según su diagnóstico

Esta distribución de diagnósticos supone un problema estadístico: mientras el trastorno límite se haya sobrerrepresentado, siendo la mitad de la muestra; otros se hayan muy poco representados y otros trastornos de personalidad no tienen representación ninguna (paranoide, narcisista, antisocial, obsesivo-compulsivo...). Además el tercer grupo más significativo es el trastorno mixto que implica que el paciente muestra una serie de síntomas inespecíficos para el diagnóstico trastorno de la personalidad concreto pero con gravedad suficiente para un tratamiento específico para TP. A esto hay que añadir que el diagnóstico inicial se corresponde al realizado por el psiquiatra o psicólogo de referencia y no en la Unidad. Durante su estancia en la UTP es posible que la opinión clínica respecto

a la etiqueta diagnóstica de un usuario cambie, sin embargo dado que el objetivo de la Unidad está orientado al tratamiento y no a la evaluación, se mantiene en la historia clínica el diagnóstico por el cual fue derivado. La UTP no es un recurso de diagnóstico sino de tratamiento pero hay constancia de usuarios con un diagnóstico erróneo (en efecto de trastorno de la personalidad pero no del tipo especificado en el historial clínico)

Por todos estos motivos, y dado que la muestra de trastorno límite es lo suficientemente grande (219 personas) se decide realizar el estudio solo sobre la muestra TLP para evitar que la variable diagnóstico sea una variable disruptiva y evitar los problemas de representación.

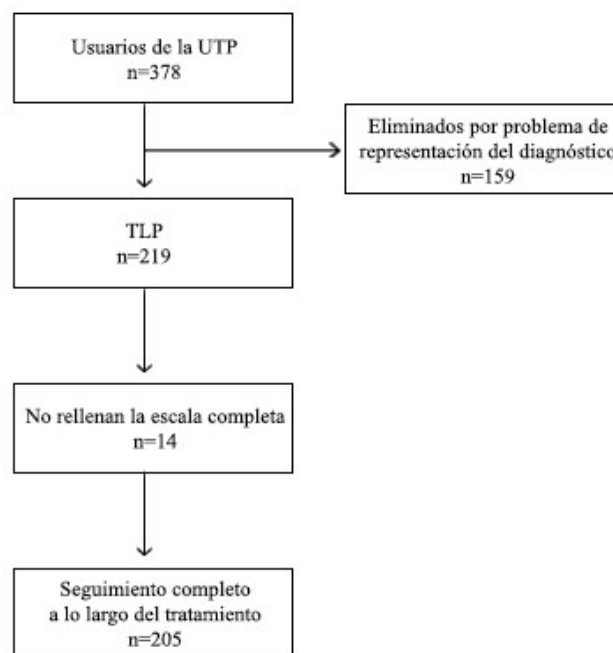


Figura 2. Diagrama de flujo

3.2. Muestra final

La muestra definitiva utilizada en el estudio cuenta con 219 participantes, de los cuales el 84,5% (185) son mujeres y el 15,5% (34) son varones.

El rango de edad de la muestra oscila entre 18 años (la edad mínima para ingresar en la UTP) y 52. La edad media de los participantes es 32,8 años y, más representativo, la edad más frecuente o moda es 38 años.

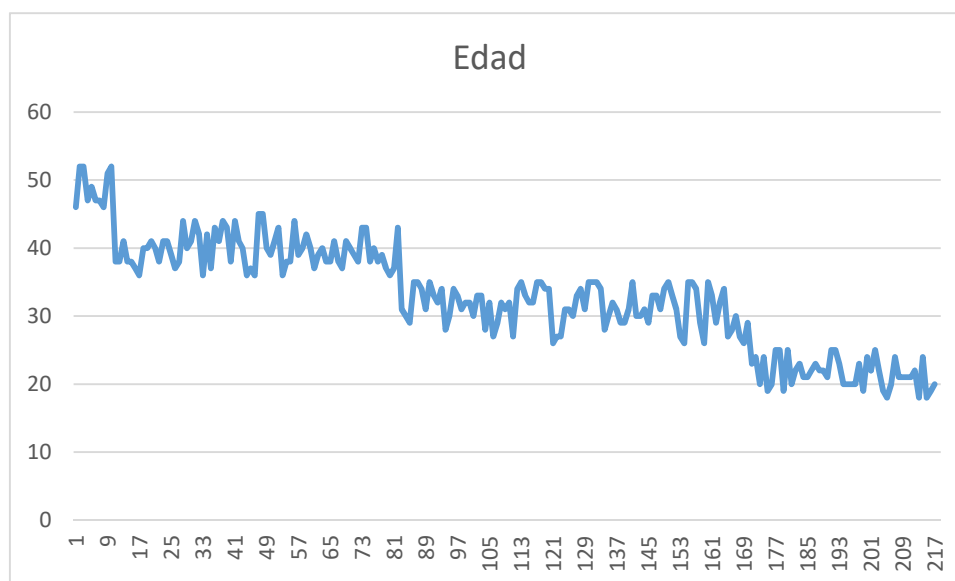


Figura 3. Distribución de la edad en la muestra

De la muestra el 46,6% (102) abandona el programa con un alta prematura antes de finalizarlo, mientras que el 52,3% (114) lo finaliza con el alta programada por los profesionales. En total hay 3 casos perdidos (1,4%).

La media de días registrados es de 110 días, con una desviación típica de 54,46 y una moda, el valor más repetido, de 30 días (8 personas abandonan el día treinta). El rango es de entre 4 y 183 días de registro.

4. Instrumentos

El único instrumento que se ha aplicado es la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1998; adaptación española por Joiner Jr, Sandín, Chorot, Lostao y Marquina, 1997). Esta escala se compone de 20 ítems que son etiquetas emocionales (animación, disgusto, susto, vergüenza, intranquilidad...) siendo la mitad de valencia positiva y la mitad de valencia negativa. Las instrucciones indican valorar en qué intensidad se ha experimentado cada uno de los ítems en un espacio de tiempo, que en el caso de la UTP es la duración del propio día. Esta intensidad se puntúa en un rango de 1 a 5.

El cuestionario tiene una fiabilidad alta: la escala de afecto positivo indica un alfa de Cronbach de 0,89 y la escala de afecto negativo un 0,85. Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) comprobaron la validación del instrumento para población española, la consistencia interna de sus escalas, la congruencia del análisis factorial con el realizado por sus autores originales y la congruencia de los resultados en grupos de

hombres y de mujeres, y la congruencia con los resultados en otras culturas, concluyendo que la estructura bidimensional del afecto se mantiene y la escala PANAS es una forma adecuada para medirla.

Evalúa las siguientes variables:

Valencia afectiva: medida por la diferencia entre la escala de emociones positivas y la escala de emociones negativas. Puntuaciones positivas entre 0 y 40 indican un predominio de emociones positivas; y puntuaciones negativas entre 0 y -40 indican un predominio de emociones negativas.

Intensidad afectiva o Activación: medida por la suma absoluta de los valores de ambas escalas. Puntúa entre 10 y 50, siendo puntuaciones más altas indicativas de una mayor intensidad en la vivencia emocional.

Afecto base: combinación de la valencia y la intensidad.

Variabilidad emocional: obtenida a través de la desviación del afecto positivo a lo largo del tiempo.

5. Variables

Al tratarse de un estudio no-manipulativo no hay una variable dependiente sobre la que se ejerza manipulación. En su lugar consideramos variable dependiente al cumplimiento o no del tratamiento y a las distintas variables susceptibles de ser factores de riesgo o protección para este cumplimiento las consideraremos variables independientes.

Tabla 1

Resumen de las variables de trabajo

Nombre	Indicador operativo	Instrumento	Rango
Cumplimiento del tratamiento	Finalización del tratamiento programada o voluntaria	Recogida en la Historia Clínica	Variable dicotómica codificada como 1=no/alta prematura, 2=sí/alta programada
Sexo	Sexo	Recogida en la Historia Clínica	Codificada como 1=mujer, 2=hombre

Edad	Edad	Recogida en la Historia Clínica	18-68 años
Días registrados	Días de estancia en la Unidad	Indicada por el número de escalas PANAS rellenadas	0-183 días
Media de la valencia positiva/negativa del afecto	Media Balance	Escala PANAS	Entre -40 y +40
Desviación típica de la valencia positiva/negativa del afecto	DT Balance	Escala PANAS	1-50
Media de la intensidad del afecto	Media Activación	Escala PANAS	0-40
Desviación típica de la intensidad del afecto	DT Activación	Escala PANAS	1-50

Algunas de las variables presentadas se miden en múltiples momentos temporales dando lugar a una serie de medidas sobre las mismas variables para considerar su cambio o no y el impacto de su cambio sobre la variable dependiente.

Resultados

1. Análisis descriptivo

Los datos descriptivos de las variables control (edad y sexo) pueden verse en el apartado 3. *Participantes*, donde se describen las características demográficas de la muestra.

De la muestra de pacientes TLP el 53% (114 de 216) cumple el tratamiento mientras que un 47% (102) se abandona antes de finalizarlo. Hay 3 casos perdidos (el 1% de la muestra).

La estancia media en la Unidad en días es de 110,62, en un rango entre 4 y 183 días, con una desviación estándar de 54 días.

Tabla 2*Resultados descriptivos de las variables independientes para la muestra TLP*

Variable	Media	Desviación
Media Valencia global	4,27	14,92
DT Valencia global	12,99	4,71
Media Activación global	27,24	4,45
DT Activación global	4,01	1,32
Media Valencia primer mes	3,08	15,44
DT Valencia primer mes	10,73	7,32
Media Activación primer mes	27,63	5,22
DT Activación primer mes	3,71	2,53
Media Valencia último mes	4,36	17,43
DT Valencia último mes	11,24	5,32
Media Activación último mes	27,14	4,84
DT Activación último mes	3,48	1,54

Los resultados sobre la Valencia (o Balance emocional entre afectos positivos y negativos) son bastante similares entre sí: en los tres momentos medidos los pacientes tienen un afecto general más positivo que negativo. Este balance es algo inferior en el primer mes aunque sigue siendo más positivo que negativo.

Respecto a la Activación (o Intensidad con la que reportan vivir estos afectos), cuyo rango está entre 10 y 50, se mantiene prácticamente en la media, muy ligeramente por encima (hay resultado general de 27 en los tres momentos).

2. Análisis de Supervivencia

Para analizar los datos recogidos en el estudio se recurre al análisis de supervivencia. La funcionalidad principal de este tipo de análisis es estudiar el tiempo transcurrido entre dos eventos, que normalmente son el inicio y la ocurrencia o no del evento que interesa estudiar. En este caso estos dos puntos son el ingreso y el abandono o alta prematura de los pacientes en la UTP.

Dado que la variable dependiente es la ocurrencia o no de un evento en un tiempo de observación, el único método estadístico apropiado es el análisis de supervivencia. Otras estrategias como por ejemplo la comparación de medias entre los grupos abandono sí/abandono no mediante una t de Student serían ineficaces porque no son estrategias que tengan en cuenta la presencia simultánea de un evento y del tiempo transcurrido hasta el evento.

Para este tipo de análisis se necesitan al menos dos variables que permitan establecer la variable dependiente: una variable que refleje el paso del tiempo y una variable que

refleje la ocurrencia o no del evento a estudiar. Aquí el evento es el *Cumplimiento* medido como 1=Alta prematura, 2=Alta programada; y la variable que mide el paso del tiempo es la variable *Diasreg* que mide el número de días que ha estado el paciente en la Unidad para cumplimentar el registro. Esta variable oscila entre 1 y 180, que es el máximo de días de permanencia en la Unidad si no se pernocta en ningún momento fuera, que suele ser lo más habitual. El número de registros habitual en los pacientes que completan el tratamiento oscila entre 120 (aproximadamente el número de días entre semana en seis meses) y máximo 180.

2.1. Tabla de mortalidad por meses

La tabla de mortalidad permite estudiar el abandono en seis intervalos de tiempo que se corresponden a los meses en la Unidad. Se ha elegido esta segmentación porque el programa de tratamiento va evolucionando a lo largo de los meses. El tratamiento no varía en las actividades realizadas en la Unidad (aparte de la evolución clínica y el aprovechamiento que haga cada paciente del tratamiento), si no precisamente en el número de prenoctas y concesión de permisos para salir fuera de la Unidad, ya sea durante la jornada o durante la noche.

Tabla 3.

Evolución de los abandonos a lo largo de los 6 meses en la Unidad

Intervalo Mes	Expuestos	Abandonos	Porcentaje de abandono sobre los casos posibles	Porcentaje de supervivencia acumulada
0-30	205	16	0,08	0,92
30-60	189	31	0,16	0,77
60-90	158	21	0,13	0,67
90-120	134	11	0,09	0,61
120-150	109	12	0,13	0,53
150-180	67	1	0,02	0,52
180-fin	13	2	0,27	0,38

En la tabla resumen se aprecia que el mayor número de abandonos se produce en el segundo intervalo. Durante el primero no se permiten prenoctas fuera de la Unidad, aunque sí hay permisos diurnos. Entre el segundo y tercer intervalo no hay diferencias sustanciales.

En el resto de intervalos, el abandono se mantiene similar entre 10 y 20 por intervalo, reduciéndose a partir de los 150 días, en la parte final del tratamiento. A partir de los 180 días la tabla se descompensa y pasa a haber un alto porcentaje de abandonos y descende mucho la supervivencia acumulada por el gran descenso de casos expuestos. A lo largo de la historia de la Unidad solo 13 pacientes han estado más de 180 días (182 días es el máximo absoluto) y el 73% recibieron el alta programada.

2.2. Curva de Supervivencia

La curva de supervivencia permite observar visualmente la evolución del número de abandonos a lo largo de todo el tiempo observado. Esta curva se obtiene por el método de Kaplan-Maier. A diferencia del método de tablas de mortalidad que requiere segmentar el tiempo en intervalos, Kaplan-Maier considera a cada unidad de la variable *Diasreg* como un intervalo en sí mismo. Así obtenemos una curva más visual y realista de los abandonos.

Muestra también los casos censurados que son aquellos que han finalizado el tratamiento con un alta programada antes de los 180 días, y aquellos que han finalizado el tratamiento al cabo de 180 días. Como podemos ver, estos casos son muy escasos al comienzo de la gráfica y se empiezan a acumular a partir de los 100 días de registros, siendo altas que no llegan a acumular 180 días de registro por haber disfrutado de permisos y prenoctas fuera de la Unidad.

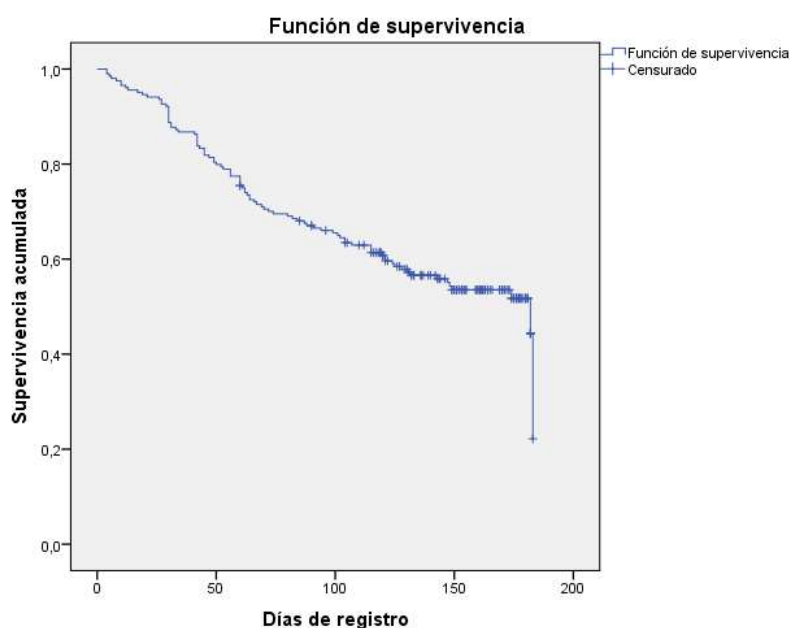


Figura 4. Curva de supervivencia obtenida por el método de Kaplan-Mier

En este gráfico podemos apreciar visualmente la velocidad a la que se produce el abandono en la UTP, el número de casos en los que no se produce el evento al final del tiempo de permanencia en la Unidad y el tiempo de espera para que se produzca el abandono.

De los 204 casos válidos se producen 93 abandonos, siendo el porcentaje de supervivencia 54,4%.

Hay un mayor abandono en los primeros cien días de ingreso y a partir de este punto hay un cambio de tendencia siendo la curva menos pronunciada, y acumulándose también las finalizaciones del tratamiento de forma programada. Un poco antes de los 150 días encontramos una meseta donde no se producen casi abandonos. A partir de los 180 días se produce un brusco descenso en la supervivencia porque la gran mayoría de casos finalizan ya sea de forma programada o voluntaria para esta fecha límite.

2.2.1. Comparación de tiempos de espera por sexo.

Las curvas de supervivencia también permiten comparar los tiempos de espera mediante una variable independiente, comprobando si la curva o su evolución varía de un grupo a otro.

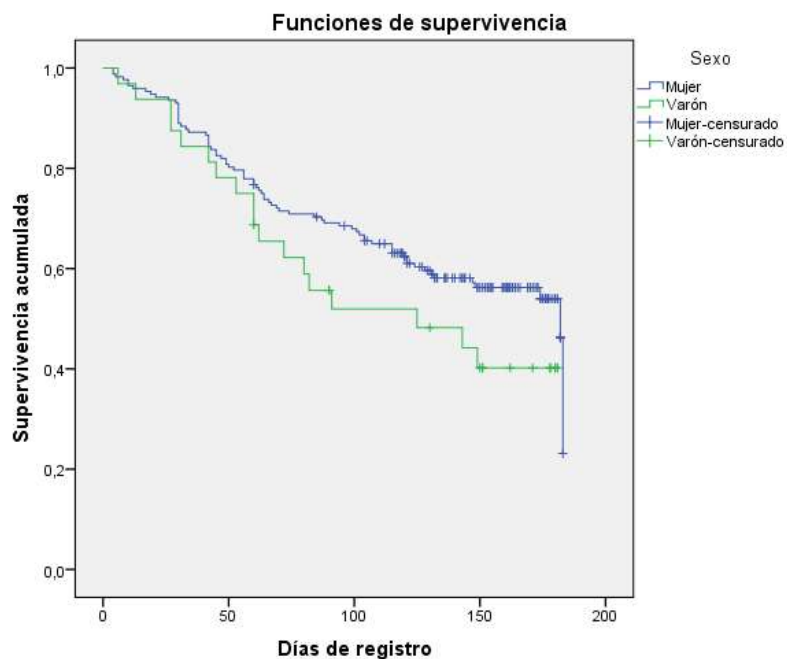


Figura 5. Comparativa entre la curva de supervivencia de hombres y de mujeres

Si comparamos la permanencia en la Unidad por la variable *sexo* obtenemos que el 56,4% de las mujeres completan el tratamiento y el 43,8% de los hombres. Tenemos que tener en cuenta la diferencia de sujetos disponibles: frente a 172 mujeres, tan solo hay 32 hombres.

Observando el gráfico se ve que las curvas de ambos grupos, mujeres y hombres, comienzan de forma paralela hasta el día 50 donde hay un escalón de mayor en el grupo de hombres a partir del cual las dos curvas se diferencian un poco más.

Para comprobar si esta diferencia entre las dos curvas de supervivencia es significativa, atendemos al resultado de la prueba Log rango. El resultado es Chi-cuadrado 2,233 con 1 grado de libertad al ser dos grupos y un nivel de significación de 0,135 por lo que la diferencia por lo que no podemos rechazar la hipótesis igualdad de funciones de supervivencia: no parece haber diferencias estadísticas significativas entre los tiempos de espera de mujeres y hombres.

2.2.2. Comparación de tiempos de espera por edad.

Dada la dispersión en la variable edad (hay individuos de prácticamente todas las edades en la muestra pero la mayoría de edades no acumulan más que dos o tres individuos) para comparar las curvas de supervivencia por edad se sigue la estrategia de estratificar la variable edad en cuatro grupos: de 18 a 25 años, de 26 a 35 años, de 36 a 45 años, y de 46 a 55 años.

Tabla 4

Resumen de supervivencia por estratos de edad

Grupo de edad	Individuos	Abandonos	Porcentaje supervivencia
De 18 a 25 años	42	22	47,6%
De 26 a 35 años	82	39	52,4%
De 36 a 45 años	68	26	61,8%
De 46 a 55 años	10	4	60%

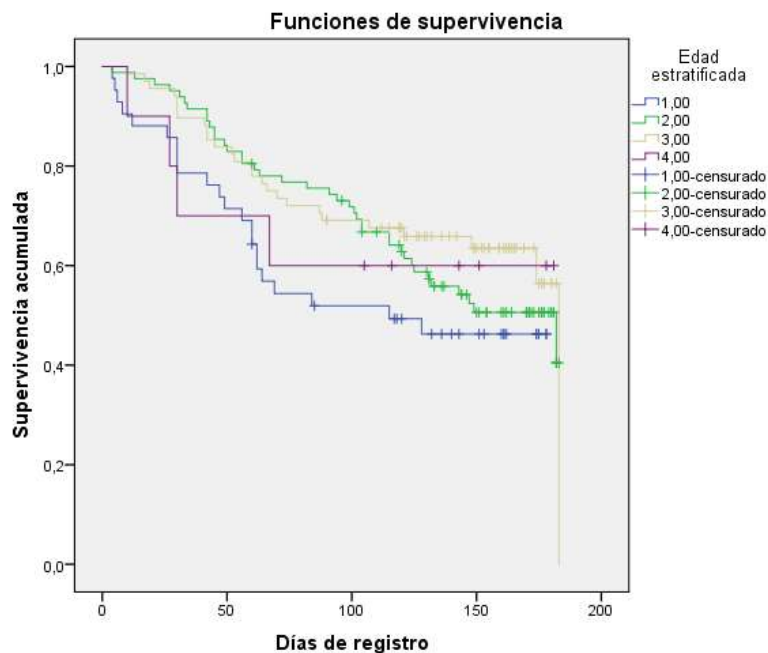
A simple vista hay un mayor porcentaje de supervivencia conforme más baja es la edad.

Para comprobar si las diferencias de abandono entre los diferentes grupos de edad son significativas estadísticamente se realiza un contraste mediante el estadístico Tarone-Ware, que es el adecuado para comparaciones con varios grupos:

Tabla 5*Comparaciones de supervivencia por parejas entre grupos de edad*

Grupos de edad	18-25 años		26-35 años		36-45 años		46-55 años	
	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.	χ^2	Sig.
18-25 años			2,530	0,112	4,015	0,045	0,235	0,628
26-35 años					0,480	0,488	0,090	0,765
36-45 años							0,367	0,545
46-55 años								

La matriz de resultados indica que ninguna de las diferencias entre grupos de edad es significativa. La diferencia entre el grupo de 18 a 25 años con el grupo de 36 a 45 años podría considerarse significativa para un nivel de 0,05 en el contraste, pero para los casos de comparaciones entre múltiples grupos es recomendable utilizar de nivel de contraste 0,01, según el cual la diferencia no es estadísticamente significativa.

**Figura 5.** Comparación de las curvas de supervivencia entre grupos de edad

2.3. Regresión de Cox

A continuación se recurre a la regresión de Cox para valorar el efecto de las variables independientes sobre la variable dependiente. Mientras los procedimientos anteriores comparaban la supervivencia en los distintos grupos de las variables control (sexo y edad), la regresión de Cox permite explorar el impacto relativo de las variables

independientes (llamadas ahora covariables en este procedimiento). Se compara si el riesgo de experimentar el evento aumenta o disminuye cuando se da la variable o no. De esta forma se puede explorar si entre las variables independientes hay factores de riesgo o protección para el evento estudiado.

La estrategia de la regresión de Cox es similar a la regresión logística con la diferencia de que el análisis logístico no tiene en cuenta los casos censurados. Igual que la regresión logística, la regresión de Cox plantea un modelo nulo sin ninguna variable adicional que sirve de comparativa para los futuros modelos propuestos para explorar si mejora o no el valor predictivo que el modelo nulo. Esta comparativa se establece en base a la desviación del modelo.

El objetivo de este procedimiento es intentar crear una ecuación que pronostique la probabilidad de abandonar o no prematuramente el tratamiento en la Unidad en base a las variables independientes de las que disponemos.

2.3.1. Modelo nulo.

En el presente caso el modelo nulo parte de una desviación de $-2LL = 903,925$, que será el valor de referencia.

2.3.2. Modelo propuesto.

Se incluyen las variables: Media Balance global, DT Balance global, Media Intensidad global, DT Intensidad global y se añaden la interacción Media-DT del Balance y Media-DT de la Intensidad para comprobar si influye. También se incluyen el sexo y la edad.

Tabla 7

Resultado de las covariables incluidas en el modelo

Variable	B	ET	Wald	Sig.	Exp(B)
Edad	-0,025	0,014	3,111	0,078	0,975
Sexo	0,412	0,287	2,056	0,152	1,510
Media Valencia global	-0,066	0,021	9,530	0,002	0,936
DT Valencia global	-0,078	0,031	6,352	0,012	0,925
Media Intensidad global	0,043	0,068	0,394	0,530	1,043
DT Intensidad global	0,055	0,471	0,014	0,906	1,057
Media Valencia*DT Valencia	0,005	0,002	7,599	0,006	1,005
Media Intensidad*DT Intensidad	0,000	0,017	0,000	0,989	1,000

La desviación del modelo propuesto es de $-2LL=877,971$, lo cual significa que el modelo propuesto explica mejor la variable dependiente que el modelo nulo. Además la

prueba ómnibus indica que hay al menos un coeficiente en el modelo propuesto que es significativo para explicar el Abandono del tratamiento en la población y respecto al paso anterior (el nulo).

En primer lugar atendemos en el estadístico de Wald, que contesta a la hipótesis ¿el coeficiente de regresión de esta variable vale cero en la población? Por tanto, va a señalar qué variables tienen un efecto significativo en el modelo planteado. Los resultados señalan que la Media de la Valencia global y la Desviación típica de la Valencia global sí tienen un efecto significativo en la ecuación de regresión del modelo. Además el efecto de interacción entre ambas también tiene un efecto significativo.

Para comprobar qué tipo de efecto tienen en la ecuación prestamos atención al coeficiente B, que indica el cambio estimado en la variable dependiente. Un resultado negativo, por debajo de 0, indica que por cada punto que aumenta la covariable, disminuye el impacto sobre la variable dependiente. Esto significa que cuando la media en valencia es más alta (hay un afecto más positivo) y cuando la desviación típica es más alta (hay mayor variabilidad en el afecto positivo/negativo), menor es el abandono prematuro del tratamiento.

El efecto de la interacción entre ambas covariables es positivo, lo que significa que la relación entre la media de la valencia y el cumplimiento va aumentando conforme lo hace la DT de la valencia. El valor exponencial de la interacción indica que, cuando la DT de la valencia aumenta un punto, la relación ente la valencia media y el cumplimiento aumenta un 5 por mil.

Con estos resultados obtenemos la ecuación del modelo propuesto:

$$\begin{aligned} \text{Logit}(Y = \text{Abandono}) \\ = +(-0,066)(\text{Media Valencia global}) \\ + (-0,078)(\text{DT Valencia global}) \\ + (0,005)(\text{Media Valencia global} * \text{DT Valencia global}) \end{aligned}$$

2.3.3. Impacto según el momento temporal.

Si alguna de las covariables involucradas en este modelo tiene un impacto el cumplimiento del tratamiento, es relevante explorar su capacidad predictora. Para ello se utiliza la regresión de Cox de nuevo sobre los resultados aislados del primer mes. La hipótesis a contrastar es si la relación se mantiene o no, y si por tanto pueden usarse los

resultados de la escala PANAS en el primer mes para predecir casos en riesgo de abandono prematuro para mejorar la intervención.

Tabla 8

Coefficientes del modelo tomando las variables del primer mes

Variable	Sig.
Edad	0,202
Sexo	0,258
Media Valencia 1 mes	0,529
DT Valencia 1 mes	0,820
Media Intensidad 1 mes	0,311
DT Intensidad 1 mes	0,967
Media Valencia 1 mes*DT Valencia 1 mes	0,568
Media Intensidad 1 mes*DT Intensidad 1 mes	0,433

Dado que ninguno de los niveles de significación es inferior a 0,05, ninguno de los coeficientes del modelo teniendo en cuenta únicamente el primer mes de registros es significativo.

Otra de las hipótesis de trabajo era la posibilidad de que la gestión emocional de sucesos ocurridos previos al abandono, tuviesen influencia en que el abandono se produjese o no. Para ello se explora, también con la regresión de Cox, la influencia de las covariables en el mes previo al alta (sea voluntaria o programada). En este caso sí se obtienen resultados conformes al modelo propuesto con las variables globales: la media de la Valencia es significativa, pero la desviación típica por sí misma deja de ser significativa y esto reduzca la significación de la interacción a un nivel estadísticamente no significativo.

Tabla 9

Coefficientes del modelo tomando las variables del último mes

Variable	Sig.
Edad	0,463
Sexo	0,063
Media Valencia 1 mes	0,011
DT Valencia 1 mes	0,629
Media Intensidad 1 mes	0,196
DT Intensidad 1 mes	0,217
Media Valencia 1 mes*DT Valencia 1 mes	0,073
Media Intensidad 1 mes*DT Intensidad 1 mes	0,349

Discusión

Los primeros datos obtenidos son los referidos al número de abandonos y su reparto a lo largo del tratamiento (ver Tabla 3. *Evolución del abandono por meses*). Aquí es necesario trazar una línea invisible entorno al día 100: a pesar de que 180 días son los días máximos que puede estar un usuario en la UTP, son pocos casos los que alcanzan esta cifra dado que durante el ingreso son frecuentes, y de hecho forman parte del tratamiento, los permisos fuera de la Unidad y las prenoctas en casa de familiares o por cuenta del propio paciente, para fomentar la autonomía y por tanto no queda registro de ese día. Si calculamos el número de festivos y fines de semana en seis meses de tratamiento, el número aproximado de días laborales que el usuario va a estar en la Unidad y por tanto va a rellenar el registro, es de aproximadamente 100.

Por eso antes de los 90 días de registro se encuentran 71 altas en la Unidad, de las cuales 68 son abandonos y tan solo 3 son altas programadas. En cambio a partir de los 90 días se producen 134 altas de las cuales solo 26 son abandonos y el resto son programadas por el personal de la Unidad.

El 75% de los abandonos prematuros se producen antes de los 90 días de registro. A partir de este momento, de los 134 usuarios abandonan solo 26 (el 19%). La mayor probabilidad de abandono se produce, por tanto, cuando no ha habido oportunidad temporal de terminar el tratamiento, pero conforme los usuarios se acercan más a la fecha final, la tendencia a abandonar se reduce.

Cada uno de estos abandonos puede producirse por un motivo diferente, pero el mayor pico se produce en el segundo mes, en el cual se producen un tercio de los abandonos (31 de 94). Esto puede producirse precisamente por la evolución en el régimen del tratamiento:

Aunque las actividades que se llevan a cabo dentro de la Unidad no cambian (grupos de terapia, psicoterapia individual, actividades de ocio, psicoeducación etc), dado que son las mismas para todos los usuarios sin importar el momento de tratamiento en el que se encuentren, lo que sí cambia es el contacto con el exterior: la primera semana es una fase de acogida donde no se sale de la Unidad, ni se dispone de teléfono móvil; a partir de esta semana se recupera el teléfono y se comienza a salir en permisos de día durante el fin de semana pero sin opción a dormir fuera de la Unidad; esta posibilidad comienza en el segundo mes. El régimen interno tiene una función terapéutica: muchos de los trastornos de personalidad afectan a las relaciones con el entorno, creando dinámicas desadaptativas

y la gran mayoría conviven con la familia de origen, por lo que en estos dos meses se da la oportunidad de separar estas relaciones en un intento de que se adquieran nuevas habilidades, tanto internas como externas, para facilitar la convivencia. Esta convivencia es más sencilla en los permisos de unas horas, pero se pone a prueba cuando se prenocta y se convierte en un permiso de todo el fin de semana, tiempo en el cual además los familiares no suelen tener obligaciones laborales y llevan a más tiempo juntos. Ser capaz de pasar estos fines de semana sin incidentes es parte de los objetivos terapéuticos, pero puede suponer una prueba de fuego para la permanencia.

Además es bien conocido que en los tratamientos hay una mejoría inicial por el mero hecho de hallarse en un recurso especializado (al que se suma el posible efecto placebo) que puede llevar a sobreestimar la mejoría y las ganas de volver a la vida cotidiana y por ello decida solicitar el alta prematura que, al ser el tratamiento estrictamente voluntario, es concedida.

Analizando los datos de la supervivencia se observa trece usuarios que acumulan más de 180 días de registros (182 como máximo), de los cuales 2 abandonan. Estos casos suponen no haber pasado apenas noches fuera de la Unidad, ya que la escala se rellena cada noche, o que su estancia se ha alargado de forma inhabitual. Sin embargo hay dos casos que abandonan pese a que cumplirían el criterio temporal para el alta programada. Sería muy interesante disponer de la información de por qué se produjeron estas dos bajas, ya que pueden deberse a motivos diferentes a las demás.

Al comparar el abandono entre las mujeres y los hombres de la muestra encontramos una diferencia entre las curvas de supervivencia a partir de los 50 días de registro, y en total hay una diferencia de más de un 10% al final del tiempo de espera. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, sin embargo tenemos que tener en cuenta la diferencia de muestra entre ambos grupos: hay cinco veces más mujeres que hombres. Esta diferencia puede hacer que el contraste pierda fiabilidad y que las diferencias que puedan atribuirse a la tendencia de abandono se atribuyan a la escasez de muestra en el grupo de varones, que están infrarrepresentados.

Pese a que los estudios de prevalencia, como Grant et al. (2008) no señalen diferencia entre hombres y mujeres en número de diagnósticos, la tendencia habitual es asumir que hay más casos de TLP entre mujeres y hombres. A la hora de buscar literatura científica sobre el TLP aparecen más estudios sobre mujeres y en varias ocasiones el porcentaje de muestra femenina es superior a la de muestra masculina, como pasa entre los usuarios de la UTP de hecho.

Dada la baja prevalencia de varones en la Unidad, es menos probable que coincidan varios de forma simultánea. Ser el único varón en el grupo podría actuar en contra de la identificación con el resto de usuarios y crear un mecanismo de defensa tipo "No soy como el resto de pacientes, no me pasan las mismas cosas, esto no es para mí".

Las únicas diferencias entre mujeres y hombres TLP observadas en anteriores estudios son una menor alteración de la auto-imagen en varones (que puede ser explicada por una mayor vulnerabilidad para las mujeres por los cánones de belleza inalcanzables de la sociedad occidental en la que vivimos) y la comorbilidad entre varones con trastornos antisocial, narcicista y esquizotípico. El resto de síntomas y dificultades socio-afectivas no muestran diferencias significativas por lo que aunque los hombres puedan no sentirse identificados y puedan no percibir utilidad en las partes del tratamiento que aborden la auto-imagen, hay muchos más elementos del tratamiento en los que sí pueden verse reflejados y servir de ayuda.

Sin embargo, con los resultados obtenidos no podemos señalar que haya diferencias entre mujeres y hombres en cuanto al abandono prematuro del tratamiento, dado que va en consonancia con la mayoría de trabajos que afirman que no hay grandes diferencias en el trastorno límite de la personalidad según el sexo.

Al comparar el nivel de abandono prematuro entre los diferentes grupos de edad, se encuentra un mayor porcentaje de altas prematuras conforme más joven es la muestra (un 52,4% abandona el tratamiento en el grupo de 18 a 25 años, frente a un 40% en el grupo de 46 a 55 años). Sin embargo estas diferencias no resultan significativas estadísticamente.

Algunas explicaciones a un mayor abandono en los usuarios más jóvenes podrían ser: el pico de ciertos rasgos como la extraversión y la impulsividad a lo largo del ciclo vital (mayor en adolescentes y menor y más estable conforme se avanza hacia la edad adulta), mayor tiempo de convivencia con el trastorno dado que tener al menos 18 años es un criterio diagnóstico y menor desgaste de los amortiguadores del entorno (convivencia con la familia de origen, edades todavía con opción de estar estudiando y no en la obligación de trabajar y ser plenamente independientes, etc) que pueden llevar a infravalorar las consecuencias y gravedad del TLP.

Sin embargo con los resultados obtenidos no hay indicios para señalar una diferencia según la edad más allá de la que podría ser producto del azar o las esperables en una muestra diversa.

En la búsqueda de un modelo explicativo del abandono a través de las variables que plantea la teoría de la estructura del afecto base son covariables significativas el Balance emocional y el efecto de moderación que sobre el balance hace su variabilidad: cuanto más positivo es el balance emocional, menor es el abandono prematuro del tratamiento, además cuando hay una mayor desviación típica en el Balance, la relación entre el Balance y la Adherencia aumenta un 5 por mil.

El origen de este trabajo era una pregunta abierta para explorar el efecto que el balance y la activación emocional tienen sobre el cumplimiento. La literatura científica ha abordado ampliamente el factor afectivo en el trastorno límite al ser un elemento relevante afectado en este trastorno, pero no se ha trabajado apenas sobre el factor afectivo y el cumplimiento terapéutico. La hipótesis inicial de este trabajo era que la desregulación emocional podía llevar a abandonar prematuramente el tratamiento: un balance emocional demasiado negativo podía llevar a una percepción sesgada del avance terapéutico y una activación demasiado intensa podía llevar a tomar decisiones impulsivas basadas en el componente emocional de la situación, usando el abandono como mecanismo de escape a la situación.

Estas expectativas coinciden con los datos previos que indican que personas TLP tienen una mayor reactividad a los estímulos, una mayor intensidad emocional, etc. Un tratamiento psicológico, y más en un entorno cerrado, supone un reto especial para este tipo de perfil dado que el TLP también suele implicar una mayor dificultad para abordar emociones de valencia mixta, como puede ser estar en un entorno que va a suponer muchos esfuerzos y cuyo beneficio llega a largo plazo, con límites a los que no se está acostumbrado.

Los resultados indican que la intensidad con la que se perciban los diferentes estados emocionales (la activación) no tiene un impacto significativo en el abandono, pero sí que lo tiene el balance. Que no sean las dos significativas se explica porque ambas son dimensiones independientes. Individuos con una mayor activación tienden a vivir de forma más intensa cualquier tipo de emoción, no únicamente las negativas o las positivas. Para la decisión de continuar o no en el tratamiento los resultados señalan que influye más el balance negativo que la intensidad con la que se vivencie esta negatividad.

Los resultados muestran también un efecto de moderación de la desviación típica sobre la media del balance. El efecto de moderación parece ser de la desviación sobre la media dado que en uno de los casos explorados la media conservaba su nivel significativo, así como el efecto de interacción, pero no la desviación típica por sí sola. Estos resultados

son coherentes dado que en el balance influye la identificación de la emoción que se está viviendo, que hemos visto que puede ser una dificultad en el trastorno límite, pero otra dificultad hallada en los estudios previos sobre emoción y TLP es la capacidad de variación entre unos estados afectivos y otros. Por tanto ser capaz de variar de unos estados afectivos a otros (no tener siempre el mismo balance, sea negativo o positivo) es un indicio de autorregulación emocional. Esto explica por qué la desviación típica es un elemento también significativo.

Lo que el efecto de moderación parece sugerir es que aquellos individuos cuyo balance sea capaz de variar, no sea estático, van a tender a tener también un balance más positivo. Esto es coherente dado que una correcta identificación y variabilidad emocional puede ayudar a poner perspectiva y relativizar la vivencia emocional, permitiendo considerar el balance final de forma más positiva y menos catastrofista que si se considerase el balance como algo estático. Estos tienen un mejor cumplimiento porque tendrían una mejor regulación afectiva, no únicamente en cuanto al equilibrio emocional sino en su fluidez a lo largo de los diferentes momentos. Pueden ser usuarios que comprendan e integren mejor emocionalmente que las situaciones son variables y que un día negativo no implica que todo el mes vaya a ser negativo, y esto lo mismo lo apliquen el tratamiento y sus esperables altibajos y por tanto estén más dispuestos a continuarlo.

Con estos resultados se obtiene la ecuación del modelo propuesto, indicada en el punto 3.2.3.2. *Modelo propuesto* donde se puede ver el peso de la media y la desviación típica del balance y el efecto de interacción entre ambos coeficientes.

También se explora el impacto del balance y la activación del afecto en los distintos momentos temporales de cuyos datos se dispone.

En el primer mes se encuentra que ninguno de sus componentes es significativo para explicar el abandono, lo que supone que no pueden usarse las puntuaciones de la escala PANAS en el primer mes para detectar casos de riesgo y realizan una intervención específica para prevenirlo. No podemos afirmar por tanto que el balance más negativo sea un factor de riesgo desde el comienzo del tratamiento.

Sin embargo al realizar el análisis sobre el último mes, el Balance sí vuelve a ser significativo.

Esto implica que conforme avanza el tratamiento el Balance cobra mayor importancia para el abandono o no del mismo.

Esta evolución puede ser atribuida al propio tratamiento en la UTP: puede ser que el hecho de que el Balance se convierta en un factor protector sea un síntoma de mejoría

causado por el tratamiento. Esta hipótesis cobra coherencia si contrastamos los resultados con los obtenidos por Ramos et al. (2017) que estudian el efecto del tratamiento sobre las dimensiones del afecto en la propia UTP. Sus resultados demuestran que el tratamiento tiene un efecto positivo de mejoría precisamente en el balance de forma significativa y de forma no significativa en la activación. Sabemos que los tratamientos eficaces contribuyen a un mejor cumplimiento del mismo. Sabiendo esto parece adecuado proponer que la mejoría del balance emocional es un mecanismo de cambio del tratamiento, y la mejoría en el tratamiento es un factor de protección contra el abandono.

La mejoría en el tratamiento además tienen dos componentes: la mejoría objetiva (comprobada en el trabajo citado y en los resultados cuantitativos sobre balance emocional) y la mejoría percibida (vista por el propio paciente, que puede contribuir a realizar un balance más positivo del tratamiento y por tanto a no querer abandonarlo). Esta diferencia no se aborda en el presente trabajo dado que se trabaja con los resultados medidos de la escala PANAS, pero teniendo en cuenta la diferencia entre puntuaciones objetivas y autopercepción que en el campo emocional muestran personas TLP (por ejemplo: referir una hipoactivación cuando las neuropsicológicas indican hiperactivación) sería un punto a tener en cuenta en futuros trabajos y ver si hay una consonancia entre el avance percibido en el tratamiento y el objetivado.

Respecto al modelo propuesto, este reduce la desviación en la predicción del abandono o no de forma prematura del tratamiento, y lo hace de forma significativa pero tampoco logra reducir del todo la desviación entre lo que predice el modelo y los datos observados. Reducir a cero la desviación es imposible, dado que siempre habrá un margen de error y diferencias individuales. Pero también otras variables que pueden influir sobre la variable dependiente. Precisamente este es un punto relevante en este caso: aunque el balance emocional sea un factor con un valor predictivo por sí mismo, aparte de la variable de mejoría en el tratamiento, hemos de plantearnos su utilidad clínica y práctica.

Fijarse en la escala PANAS para prevenir el abandono supondría realizar un seguimiento mucho más diario de los resultados de la escala, que muchas veces se dejan para la valoración al final del tratamiento por falta de recursos. Además, aunque sus resultados generales sean significativos para explicar el abandono, sus resultados el primer mes no permiten predecirlo de forma significativa.

Una forma más práctica de incorporar el conocimiento generado por este trabajo es tener en cuenta el balance emocional de los usuarios de la UTP como un factor indicativo de mejoría terapéutica y de posible riesgo de abandono cuando el balance tiende a ser

negativo o tiene poca variabilidad, pero sin fijarse estrictamente de forma única en los resultados de la escala PANAS de unos días. El balance puede ser una variable de seguimiento se incorpore a las sesiones clínicas periódicas de los profesionales donde se valora el avance de los usuarios y las estrategias a tomar, combinándola con el resto de variables que los profesionales tengan.

Si tenemos en cuenta que hay mucha desvianza todavía que explicar en el modelo, podemos entender que seguramente haya otras variables que influyan en el cumplimiento o no del tratamiento que no han sido consideradas que contribuyan a mejorar la predicción.

Como se explicaba en la introducción: la adherencia es más que el mero cumplimiento y es la que enfila hacia mejores resultados el tratamiento. En el mero cumplimiento influyen muchas variables como son la adecuación del diagnóstico y el tratamiento, la conciencia de enfermedad y gravedad por parte del paciente que puede ser inferior en los casos de pacientes jóvenes que todavía no han sufrido los efectos más graves de la vida adulta con TLP, la aceptación del tratamiento... Todas estas variables interfieren. Por poner un ejemplo: al ser voluntario el ingreso en la UTP la aceptación del tratamiento podría darse por supuesta, pero uno de los motivos del abandono podría ser precisamente la decepción con el tratamiento. La adherencia, que supone algo más que el aceptamiento, influyen el acuerdo en los objetivos y en las tareas del tratamiento: en qué se quiere conseguir y en los medios para conseguirlos. Para mantenerse en la Unidad los usuarios tienen que acudir a las actividades que se desarrollan en ella, pero eso no significa que estén de acuerdo con que sean las que más pueden ayudarles (aunque su aportación al tratamiento esté avalada por profesionales).

Y no solo estas variables que son conocidas en la influencia sobre el abandono o permanencia, puede haber otras variables que no se tenga tan claro su influencia. Este estudio reconoce que el balance positivo-negativo de la afectividad en TLP influye. Incluso si consideramos que este efecto se corresponde en realidad al efecto de la mejoría con el tratamiento, puede haber otras variables, del usuario y del tratamiento, que también tengan un impacto en el cumplimiento. Añadiendo todas esas variables la desvianza del modelo probablemente bajaría y permitiría crear un modelo más complejo que sí permita prevenir el abandono en la Unidad, y en otros posibles lugares de tratamiento del TLP, con éxito.

Conclusiones

Al comienzo de este trabajo se planteaban tres hipótesis para explorar el efecto que la estructura bidimensional del afecto pudiese tener sobre el cumplimiento o abandono prematuro del tratamiento de los casos de trastorno límite de personalidad en la UTP del Hospital R. Lafora.

La primera y segunda hipótesis se refería a la presencia o no diferencias en la valencia o intensidad emocional entre aquellos pacientes que cumplen el tratamiento y aquellos que lo abandonan; y si estas diferencias, en caso de haberlas, permitían hacer una predicción. Con los resultados obtenidos no se puede afirmar que haya diferencias relevantes en cuanto a la intensidad de la vivencia emocional, pero sí hay diferencias en la valencia emocional: aquellos usuarios con un balance emocional más positivo y una mayor variabilidad en dicho balance, abandonan menos el tratamiento.

La tercera hipótesis planteaba si había diferencias en distintos momentos clave del tratamiento (al inicio del mismo y de forma inmediata al abandono). Los resultados indican que no hay diferencias significativas en el primer mes que permitan predecir quién va a completar el tratamiento y quién no, y en el último mes hay diferencia en la media del balance, en la misma línea de los resultados para la primera hipótesis, pero no influyen la variabilidad del balance ni la interacción entre ambos como ocurre al tomar los datos del tratamiento completo.

Con estos resultados se ha compuesto un modelo predictivo del abandono en el tratamiento que incluye la media del balance, su desviación típica y el efecto de interacción entre ambas. Sin embargo los resultados de este modelo no pueden utilizarse para detectar de forma fiable casos de riesgo de abandono con estas variables desde el ingreso, por lo que el valor del modelo es más explicativo que predictivo de forma práctica.

Teniendo en cuenta los trabajos previos sobre la estructura del afecto realizados en la UTP, que muestran una mejoría en el balance emocional a raíz del tratamiento, y teniendo en cuenta los resultados en los diferentes momentos, una explicación para el impacto del balance positivo sobre el cumplimiento considerando que este efecto es, en realidad, un mecanismo de cambio del tratamiento y que su impacto sobre el abandono es el de la mejoría del paciente que, como han constado autores previos, es un factor protector para la continuidad en el tratamiento.

Esta explicación, no obstante, no puede ser confirmada o desmentida con los resultados directos del trabajo. En caso de que el efecto del balance sobre el cumplimiento no sea

mediado por la mejoría en el tratamiento, la explicación a los resultados sería que el balance es por sí mismo un factor protector del abandono y que además este factor puede trabajarse terapéuticamente. Algo que en el caso del trastorno límite de personal se tiende a hacer en la Unidad dado que la regulación emocional es un elemento afectado en esta patología.

El mayor porcentaje de abandonos prematuros del tratamiento se produce en el segundo mes. Aunque los resultados obtenidos no permiten indicar una causa clara uno de los posibles motivos es el cambio de régimen en cuanto a permisos y prenoctas. El tiempo de estancia en la Unidad y el tiempo fuera es un elemento fundamental que tanto los usuarios como el personal de la UTP tienen que saber abordar para realizar las transiciones: primero de internamiento cerrado, que sirve para desconectar de dinámicas desadaptativas viciadas en el entorno habitual de la persona y luego de contacto de nuevo con estos entornos, de forma que el trabajo en la Unidad permita entablar unas dinámicas más saludables. Esta transición avanza hasta ser más relevante el tiempo fuera de la Unidad que el tiempo que se pasa dentro en el último mes.

Sí que se aprecia cómo el abandono desciende conforme más tiempo se pasa en la Unidad y más se acerca a la fecha de finalización. Esto puede ser precisamente por la cercanía del alta programada que puede servir de motivación para no abandonar, y también puede ser influido por la mejoría en el tratamiento que también supone una motivación. No obstante ni siquiera al final del tratamiento se reduce a cero el abandono.

De esta forma la recomendación clínica sería atender a la permanencia y funcionamiento en el tratamiento especialmente los primeros meses, aunque no dejar de cuidarla en ningún momento.

No hay tampoco diferencias relevantes en el cumplimiento o abandono según el sexo o la edad. Aunque parece que abandonan más los usuarios más jóvenes esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa o un factor de riesgo.

Lamentablemente los resultados no permiten utilizar la escala PANAS para detectar los casos en riesgo de abandono desde el primer mes y permitir una intervención temprana para prevenirlo. No obstante son resultados que permiten comprobar que, en efecto, se produce una diferencia en el balance afectivo a lo largo del tratamiento y que esta diferencia tiene un efecto sobre la continuidad en la Unidad. Por tanto, aunque no puedan utilizarse los resultados literales de la escala PANAS al inicio del tratamiento, se comprueba que la autorregulación emocional, especialmente la referida a la identificación de los estados emocionales, su valencia positiva o negativa y la capacidad de variación

entre diferentes estados emocionales de distintas valencias, supone un efecto positivo para las personas con trastorno límite de la personalidad.

La autorregulación emocional y demás procesos implicados en la vivencia emocional tienen un peso especial en el trastorno límite, incluso en conductas graves como es la autolesión. Esto ha sido estudiado anteriormente en múltiples ocasiones y los resultados de este trabajo lo corroboran una vez más de forma que es un punto que ha de tratarse en el tratamiento en profundidad y de forma explícita.

Un elemento que cabe mencionarse es el componente de historia. En estadística se denomina historia al conjunto de experiencias ajenas al tratamiento en la vida de un participante que pueden tener influencia sobre la variable dependiente. Es una amenaza a la validez interna de cualquier estudio que habitualmente, como es en el presente caso, se controla mediante la aleatoriedad y tamaño muestral. Sin embargo de forma clínica en este caso merece la pena prestarle especial atención porque los pacientes de un tratamiento no pueden ser sujetos de laboratorio sin experiencias externas al tratamiento y, en especial los pacientes TLP suelen tener entornos muy convulsos, con relaciones afectivas entorpecidas por el trastorno y por experiencias previas y actuales, a menudo por otras causas pero a menudo también por el propio trastorno. Sucesos externos al tratamiento, que en investigación denominamos historia y que controlamos para no enturbiar estadísticamente los resultados, en la clínica son muy relevantes y pueden suponer el abandono o continuidad a nivel individual. Pero hemos de tener en cuenta que cada individuo en un tratamiento es relevante y que por tanto sí es necesario atender a esta historia que puede propiciar momentos difíciles en el tratamiento (ya sean de valencia positiva o negativa) y ser un riesgo para el abandono. Esto que sobre los datos queda invisibilizado por el tamaño de la muestra queda de relieve al estudiar la experiencia clínica de la UTP donde un paciente puede abandonar porque no le gusten las condiciones del tratamiento (por ejemplo el control del peso en casos de comorbilidad con un trastorno de la conducta alimentaria, el establecimiento de límites en la normativa de la Unidad, etc, etc) o por motivos externos (por ejemplo discusiones familiares, comenzar una relación de pareja y querer ir a convivir juntos, etc).

Hasta donde indican los datos el abandono no parece influido por la intensidad con la que se vivencian los diferentes estados emocionales, por lo que no parece fruto de una respuesta impulsiva; pero no es ajeno tampoco al equilibrio emocional de los participantes y este puede ser influido tanto por factores de la Unidad y su tratamiento como por factores externos.

A lo largo del trabajo se han encontrado diversas limitaciones de las cuales cabe destacar tres:

En primer lugar un obstáculo ha sido no disponer de una muestra representativa de más trastornos de la personalidad. De la muestra original el 57% eran usuarios con trastorno límite de la personalidad y un 17% eran usuarios con trastorno mixto, que supone un conjunto de síntomas no específicos de un trastorno de la personalidad concreto. El resto de trastornos de personalidad específicos identificados tenían una muestra demasiado pequeña (una, dos o tres personas) como para poder ser incluidos en el análisis estadístico. Por tanto los resultados del estudio son únicamente aplicables al trastorno límite de la personalidad. Sin embargo no es el único diagnóstico que puede presentarse en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, aunque sea considerado uno de los más graves habitualmente y por tanto de los que más se deriva a este servicio. Hay más trastornos de la personalidad que requieren un tratamiento y una atención a los factores que favorecen o no su cumplimiento, por lo que sería de utilidad poder replicar este trabajo con una muestra más representativa de más trastornos de la personalidad.

Además el componente emocional es especialmente importante en el TLP y sería de interés comprobar si el balance sigue siendo un elemento protector del abandono en otros trastornos de la personalidad, especialmente en aquellos donde la desregulación emocional no sea tan relevante para comprobar si en efecto es un factor protector en sí mismo o si lo es por tratarse de un mecanismo de cambio del tratamiento. También sería interesante contrastar estos resultados a su vez con un grupo control de clientes de tratamiento psicológico para ver si el balance influye en el cumplimiento de cualquier tratamiento psicológico o exclusivamente en el TLP.

Otra de las limitaciones a las que se enfrentaba este estudio es el intervalo de tiempo empleado para comprobar si el abandono puede ser producido por un fallo de regulación emocional de forma inmediata al evento. Dadas las dificultades para integrar eventos emocionales negativos, y que un balance negativo es un mayor riesgo para el abandono, y que el trastorno límite puede conllevar estrategias desadaptativas para evitar este tipo de sucesos, no es una hipótesis descabellada que un problema con el tratamiento, con el personal de la Unidad o incluso externo, pueda llevar al abandono brusco, sin mucho tiempo de reflexión. Sin embargo el intervalo de tiempo tomado es de un mes y puede ser demasiado amplio: si el evento se produce por ejemplo una semana antes del abandono, puede que las puntuaciones de las otras tres semanas previas modifiquen las medias

totales del mes, suavizándolas e invisibilizando el pico que supone la última semana en la que se decide el abandono.

Para superar esta limitación sería necesario analizar los datos previos al alta prematura en un espacio de tiempo más corto para comprobar si el balance y la activación son significativos o siguen sin serlo. Si no lo fuesen supondría la acumulación de evidencias en contra de esta posible hipótesis, pero con el intervalo tan amplio analizado en este caso, no se puede descartar del todo.

Otra limitación ya expuesta en la discusión es la poca desviación que reduce el modelo propuesto. Esto se debe a que hay más variables que influirán en el abandono que no están contempladas en el modelo. Por tanto es necesario seguir estudiando el abandono prematuro para obtener un modelo más completo. La necesidad de comprender bien el abandono prematuro es relevante especialmente en entornos como la UTP, de superespecialización a los que acuden casos resistentes o difíciles que no se han beneficiado de otros tratamientos previos, y que tiene actualmente una tasa de abandono relevante que si pudiese reducirse al máximo, permitiría una intervención más eficaz para muchos casos que renuncian, dado que en los que finalizan sí hay cambios significativos y una mejoría para su funcionamiento cotidiano.

Respecto a la proyección de futuro de este trabajo y futuras líneas de investigación se destaca en primer lugar esclarecer si la relación entre el balance afectivo y el cumplimiento del tratamiento es efecto de la mejoría causada por el tratamiento o se trata de una relación independiente. Tenemos que tener en cuenta que algunos autores como Greenberg (2002) señalan que el proceso emocional también es una variable relevante en la adherencia. Para comprobarlo sería necesario incorporar al análisis variables relacionadas con el progreso terapéutico.

También sería de interés incorporar más variables relacionadas con el cumplimiento y con la adherencia terapéutica para crear un modelo más complejo que permita explicar mejor los casos de abandono del tratamiento. Para esto podrían incorporarse las variables estudiadas de relevancia para la adherencia terapéutica, como el acuerdo en las tareas y los objetivos del tratamiento, que pueden ser medidas de forma verbal en la entrevista que el personal de la UTP tiene con los usuarios antes de que decidan marcharse voluntariamente, o mediante cuestionarios específicos para medir la adherencia como el *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S) adaptado al español por Andrade-González y Fernández-Liria (2015). Incorporando las variables que sabemos que tienen influencia en el cumplimiento o adherencia, es posible incorporar otras variables clínicas o de progreso

en el tratamiento para comprobar si hay más varianza del abandono que pueda explicarse por otras variables, especialmente teniendo en cuenta que la UTP se trata de un medio especializado en un tipo concreto de patologías de gravedad. Por ejemplo sería interesante encontrar si, controlando el resto de variables que influyen habitualmente en el abandono en población general, el balance emocional sigue siendo una variable significativa en trastorno límite. De esta forma se podría estudiar si hay ciertas variables clínicas sobre las que es más recomendable conseguir un cambio para evitar el abandono.

En esta línea, y enmendando una de las limitaciones de este trabajo, es de interés comprobar si la relación significativa del balance emocional, pero no de la activación emocional, con el abandono se mantiene en otros trastornos de personalidad y no solo en el trastorno límite.

Sería muy interesante y útil para estudiar el abandono que los motivos expresados por los usuarios quedasen registrados, de forma que pudiese hacerse un análisis cualitativo de las razones. Mediante una codificación de los posibles motivos (algunos posibles ejemplos desacuerdo en las normas de la Unidad, desacuerdo en los contenidos del tratamiento, desacuerdo con miembros concretos del personal, problemas familiares externos, cambio de planes de futuro externos al tratamiento...) se podría realizar un análisis para comprobar si ciertos motivos son más frecuentes en ciertos perfiles de usuarios o en ciertos momentos del tratamiento. Una vez se conociesen los motivos más frecuentes podrían diseñarse estrategias y acciones específicas a llevar a cabo durante el tratamiento, permitiendo extraer una potente utilidad clínica y profesional dirigida directamente a mejorar los resultados de la intervención para los propios usuarios.

También sería de interés estudiar los datos referidos a un periodo de tiempo más corto de forma inmediata al abandono, para comprobar si hay situaciones que pueda causar el abandono por no haber habido una buena autorregulación.

Como puede verse, a pesar de que hay ciertos elementos que son bien conocidos que influyen en el cumplimiento terapéutico, el entorno y población concretos de la UTP plantean diversas preguntas que todavía pueden ser respondidas y comprendidas mejor siempre con el objetivo de mejorar el tratamiento de las personas que acuden a su recurso para mejorar no solo sus sintomatologías concretas sino sus procesos internos y funcionamiento general que entorpece el desempeño de sus vidas.

Por último me gustaría finalizar este trabajo expresando mi más sincero agradecimiento al personal de la Unidad de Trastornos de la Personalidad I del Hospital psiquiátrico R. Lafora de Madrid por la oportunidad de realizar mis prácticas externas en su servicio, las oportunidades de aprendizaje que se me han brindado, su acompañamiento y tutelaje, que han hecho de estas prácticas y de la elaboración de este trabajo una experiencia de aprendizaje inimitable tanto como profesional clínico como investigador en psicología, y en especial al acompañamiento de mi tutor profesional Juan Manuel Ramos. Así como expresar mi agradecimiento también a José Luis Rodríguez Molina, profesor asociado de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid por su tutelaje y acompañamiento en la realización de este trabajo de fin de máster para optar al título Máster en Psicología General Sanitaria.

Trabajo aprobado para su defensa ante el tribunal.

Alumno:

Denis Gil Vega

Tutor:

José Miguel Rodríguez Molina

En Madrid, a 7 Junio de 2019.

Referencias

- Betancurt, L. N. & Pedraza, R. P. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*. 85, 61-75.
- Brown, M. Z., Comptois, K. A. y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non suicidal self-injury in women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 111(1), 198-202.
- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Revista de Psiquiatría de la facultad Médica de Barcelona*. 29(49); 323-238.
- Conklin, C. Z., Bradkley, R. & Westen, D. (2006). Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(2), 69-76.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009). Emotion Dysregulation as a Core Feature of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 23(1), 20-28.
- Guedes-Gondim, S. M. & Estramiana, J. L. (2010). Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones. *Revista Española de Sociología*. 13, 31-47.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 69(4), 533–545.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Hazlett, E. A., Speinser, L. J., Goodman, M., Roy, M., Carrizal, M., Wynn, J. K., Williams, W C., Romero, M., Minzenberg, M. J., Siever, L. J. & New, A. S. (2007). Exaggerated Affect-Modulated Startle During Unpleasant Stimuli in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*. 67, 250-255.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*. 44(4), 284- 292.
- Joiner Jr, T. E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L. & Marquina, G. (1997). Development and factor analytic validation of SPANAS among women in Spain: cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment*. 68, 600-615.

- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychoteraphies. En Norcross, J. C & Goldfried, M. V. *Handboof of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S. C., Bohus, M. & Schmahl, C. (2010). Affect Regulation and Pain in Borderline Personality Disorder: A Possible Link to the Understanding of Self-Injury. *Biological Psychiatry*. 68(4), 383-391.
- Ramos, J. M., Sendra, J. M., Sánchez, A. & Mena, A. (2017). Influence of Core Affect in the Differential Efficacy of a Personality Disorder Intervention Program. *The Spanish Journal of Psychology*. 20(5), 1-11.
- Russell, J. A. (2003). Core Affect and the Psychological Construction of Emotion. *Psychological Review*. 110(1), 145-172.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner Jr, T. E., Santed, M. A. & Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*. 11(1), 37-51.
- Watson, D., Clarck, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and valiation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 1063-1070.
- Yen, S., Zlotnick, C. & Costello, E. (2002). Affect Regulation in Women with Borderline Personality Disorder Traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(10), 693-696.

Anexos

A continuación se adjuntan los siguientes anexos:

Anexo 1. Consentimiento informado (Contrato terapéutico de ingreso en la UTP)

Anexo 2. Escala PANAS rellena por los participantes.